

# 利用申込書（通所リハビリテーション）

記入日： 令和 年 月 日

申込者氏名： 本人・家族（続柄： ）・その他（ ）

利用者	ふりがな	男 女	生年月日		
	氏名		大正 年 月 日 歳	昭和	
	住所（〒 - ）		電話番号		
要介護認定： 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5） <input type="checkbox"/> 申請中					
緊急連絡先 1	氏名：（続柄： ）	電話(固定)			
	住所：	電話(携帯)			
緊急連絡先 2	氏名：（続柄： ）	電話(固定)			
	住所：	電話(携帯)			
居宅介護支援事業所： 担当ケアマネージャー： 電話：					
かかりつけ医療機関： 担当医： 電話：					
入院歴、施設利用歴					
病院、施設名：		利用期間： 年 月 日～ 年 月 日			
病院、施設名：		利用期間： 年 月 日～ 年 月 日			
病院、施設名：		利用期間： 年 月 日～ 年 月 日			
希望利用曜日（ご希望に沿えない場合があります） 月・火・水・木・金・土		希望利用時間： 1日・短時間（午前・午後）			
		入浴希望(1日利用の方対象)： あり・なし			
申し込みの経緯、目標、ご希望、その他連絡事項		自宅周辺地図			

※ご不明な点は未記入で構いません。

# 診療情報提供書・施設利用情報提供書

医療法人 靖和会

飯能市東吾野医療介護センター

谷水 長丸先生 御机下

記入日： 令和 年 月 日

利用者 氏名	ふりがな	男 女	生年月日 大正 年 月 日 歳 昭和					
現在の病名および治療状況（各疾患の発症時期、状態をご記入下さい）								
既往歴								
現在の処方・処置の内容								
心身の障害および異常がある場合はその内容								
身長：	cm	体重：	kg	血圧：	/	mmHg	脈拍	回/分
アレルギー：なし・あり（				）				
麻痺：なし・あり（		）		拘縮：なし・あり（		）		
認知症の診断：なし・あり（アルツハイマー型・脳血管型・レビー小体型）				診断日：				
胸部X線所見：なし・あり（				）				
リハビリテーションを受ける際の留意点、負荷量、中止基準などあればご記入ください。								

※必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

※貴施設指定の書式でも構いません。

（医療機関の所在地および名称）

（電話番号）

医師氏名

印

# 東吾野医療介護センター 通所リハビリテーションの概要

## － 1 日の流れ－

※個別リハビリテーションは10:00～15:00の間に実施します。

※短時間利用は9:30～11:40または13:30～15:40、入浴・食事利用不可。送迎は応相談となります。

1 日利用	時間	短時間利用（午前）
送迎	8:30	送迎
サービス開始、健康チェック	9:30	サービス開始、健康チェック
個別リハビリ開始、入浴、手作業、脳トレ	10:00	個別リハビリ開始
体操、航空体操	11:40	サービス終了、送迎
昼食、口腔ケア	12:00	短時間利用（午後）
手作業、自主トレーニング	13:30	送迎、サービス開始、健康チェック
体操、レクリエーション、各種イベント	14:20	個別リハビリ開始
おやつ	15:00	おやつ
サービス終了、送迎	15:40	サービス終了、送迎

入浴 肌着は毎回ご用意ください。上着に関しては必要に応じてお持ちください。  
※血圧や自覚症状により入浴が中止となる場合があります。

営業日 月～土（祝日含む） ※年末年始（12/30～1/3）はお休みです。

理髪 月後半の火曜日に、外部の理髪店が来所し理髪を実施しています。  
ご利用希望の方は事前にお申込みください。料金は2000円程度となります。

体調不良時 利用日の朝、必ず検温を行ってください。37.5℃以上の場合ご利用をお休みください。  
サービスご利用中に検温を実施します。熱発時や体調不良時はご連絡いたします。

※通所リハビリご利用中に外来診察を行うことはできません。体調不良時に診察を受けたい場合は、ご家族様よりお迎えに来ていただき、直接外来へ受診していただくようお願いいたします。

通所リハビリテーションお休みの際は、こちらまでご連絡ください。

 042-978-2000

当日の朝 8 : 3 0 までにご連絡をお願いいたします。

# 通所リハビリテーション持ち物

## 初回時、更新時にお持ちいただくもの

- 介護保険証
  - 介護保険負担割合証
  - お薬手帳またはお薬の説明書
  - 口腔ケア用品  
(歯ブラシ・歯磨き粉・コップ等。歯磨きをされる方。センターにて保管)
- } コピーをとらせていただき、お返しします。

## 毎回お持ちいただくもの

- 着替え、着替えを入れるビニール袋等(入浴される方)
- リハビリパンツ、パット、おむつ等(使用中の方)
- 薬(服用中の方)
- 連絡帳、連絡袋(初回ご利用時にお渡しします。)
- 日常お使いの福祉用具(杖、車椅子、補装具等)
- マスク(感染対策のため、常時着用をお願いします)

## ※気をつけていただきたいこと

- 朝の検温をお願いします。37.5℃以上の場合、ご利用をお控えください。
- 履物は、かかとのある動きやすい靴をご使用ください。
- 持ち物にはすべてお名前のご記入をお願いします。
- 現金等の貴重品の持ち込みはご遠慮ください。紛失した際に一切の責任を負いかねます。
- 飲食物の持ち込み(あめ等を含む)は固くお断りしております。
- 職員や他利用者に対し、金品や野菜なども含め、受け渡しを固くお断りしております。